**Annexe 8-1**






# MAIA xxxxx Service de Gestion de Cas

*Le P.S.I. est rédigé par le gestionnaire de cas en concertation avec la personne et les différents intervenants et est couvert par le secret professionnel. Il n'a pas de rôle prescripteur mais a pour objectif la planification des services, le repérage des besoins couverts et non couverts, la transmission des informations et l'identification des intervenants et leur action.*
*Pour une meilleure continuité, merci d'informer le rédacteur en cas de modifications.*

| PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ (PSI) 1/2 | | | |
|---|---|---|---|
| **Informations sur la personne** | | | |
| **Personne suivie : nom et prénom** | **Né(e) le :** *xx/xx/xxxx* | | **N°dossier** |
| **Adresse :** | **Téléphone:** *xx xx xx xx xx* | | **PSI n°** |
| Situation familiale: | | | Rédigé le : |
| Médecin Traitant: | Téléphone : *xx xx xx xx xx* | Mail: | *Par : Nom du GC* |
| Référent familial/amical: *(personne de confiance)* | Téléphone : | Mail: | *Contact: Tel du GC* |
| Mandataire légal: *tuteur, Mr X* | Téléphone : | Mail: | Date de dernière synthèse : |
| Consentement à l'échange d'information | oral ☐ écrit ☐ | Date entrée en gestion de cas: | Réévaluation prévue le : |
| Autres informations utiles : *On note ici les informations factuelles qui n'interviennent pas sur la planification mais sur l'entrée en contact (présence d'un interphone, problème de langues parlées, moyen d'accès au domicile…)* | | | |
| **Droits ouverts** | | | |
| *par exemple: PCH, APA, ALD, CMUC, Caisse de Retraite, date de dernière évaluation APA (voir référentiel local)* | | | |

**Besoins / Problématiques**

| N° | P | Domaines | Liste de toutes les problématiques détaillées avec orientation des interventions |
|---|---|---|---|
| 1 | *P* | *Santé Soins Médicaments* | |
| 2 | | *Fonctions Mentales* | |
| 3 | | *Mobilité* | |
| 4 | | *Actes essentiels* | |
| 5 | | *Activités de la vie domestique* | |
| 6 | | *Habitudes de vie* | |
| 7 | | *Situation psychosociale* | |
| 8 | | *Environnement Physique* | |
| 9 | | *Conditions économiques* | |
| 10 | | *Aidants* | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |

| **Personne suivie : nom et prénom** | **Né(e) le :** ***xx/xx/xxxx*** | **N°dossier** |
|---|---|---|

PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ (PSI) 2/2

**Services en place / apport des proches aidants**

1) Service au long cours

| Répond au(x) besoin(s) n° | Type de services/ Nom du référent | Téléphone/mail | Jours/horaires/ fréquence de passage |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

2) Service ponctuel

| Répond au(x) besoin(s) n° | Type de services/ Nom du référent | Téléphone/mail | Date ou date de début et de fin |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**Analyse des besoins non comblés/partiellement comblés**

| N° | Cause de l'écart | Actions à entreprendre | Délai de suivi |
|---|---|---|---|
| | *Personne refuse* | | |
| | *Entourage refuse* | | |
| | *Délai de réflexion personne* | | |
| | *Délai de réflexion entourage* | | |
| | *Eval à compléter* | | |
| | *Concertation clinique* | | |
| | *Service refuse* | | |
| | *Démarche à effectuer* | | |
| | *Attente suite à démarche* | | |
| | *Liste d'attente* | | |
| | *Service non disponible* | | |
| | *Hors critères d'attribution* | | |
| | *Limites financières* | | |
| | | | |

**Commentaires libres**

*Ici on note ce qui peut influencer la planification et qui n'est pas en rapport direct avec les services alloués à la personne ou ses besoins propres (par exemple le montant du plan d'aide du conjoint, le dépôt à titre prévisionnel d'une demande d'admission en EHPAD...)*

**Annexe 8-2**

## Quelques éléments de terminologie / mode d'emploi du PSI

1/ Plan de service individualisé.
Le mot service dans le plan de services individualisé doit s'entendre sous l'angle des « services rendus » à la personne quelle qu'en soit l'origine (et non de « services administratifs »). Les proches aidants non professionnels y ont donc par définition toute leur place.

2/ Bloc « Information sur la personne » :

Le fait que le médecin traitant apparaisse dans le bloc information est lié à sa fonction administrative de coordination du parcours de soins pour l'assurance maladie. Le médecin spécialiste, même s'il est un partenaire important pour le gestionnaire de cas (GC), n'a pas cette fonction : ses coordonnées seront dans le PSI dans la ligne qui le concerne.

La date du consentement à l'échange d'information signe le début de la gestion de cas « active » même si l'action du gestionnaire de cas en amont de ce consentement n'est pas neutre. Le consentement sera préférablement recueilli sous forme écrite afin de pouvoir servir comme élément de preuve d'information mais selon les situations spécifiques un consentement oral peut suffire.

Le mode d'emploi de ce bloc pourra être complété en fonction des choix qui seront fait selon les différentes possibilités proposées.

3/ Bloc besoins/problématiques. (Cf, PSI joint en exemple)
Dans ce bloc apparait la liste des problématiques sur lesquelles des professionnels interviennent ou devraient intervenir.

Cette liste trouve son origine dans l'évaluation multidimensionnelle standardisée.

Dans la première colonne on trouve des numéros qui servent par la suite à repérer sur quels besoins les services interviennent (même si plusieurs besoins sont couverts par un service et que plusieurs services répondent au même besoin). Ces numéros sont donc importants pour la lecture du PSI même si cela comporte un élément de complexité au premier abord.

Il est suggéré que les problématiques soient listées dans l'ordre où elles apparaissent dans l'outil d'évaluation. En tout cas, il n'est pas nécessaire de les classer selon « l'ordre d'importance ». En effet, la colonne suivante permet de repérer les besoins prioritaires (en règle générale ceux qui mettent en jeu la sécurité personne à court ou moyen termes) et les autres besoins. En termes de remontée aux niveaux décisionnel managérial et décisionnel ces informations sont essentielles en relation avec l'analyse des besoins non comblés.

La façon dont la problématique est rédigée est laissée libre en termes de choix de verbes et de mode de rédaction (voir plus loin les conseils d'utilisation de l'infinitif). Le rédacteur doit être attentif à la lisibilité, la compréhensibilité et la concision de la problématique.

La rédaction des problématiques doit être suffisamment précise pour que le caractère individualisé soit évident.

Il est nécessaire de découpler les « domaines » et les « problématiques ». Il est ainsi attendu que plusieurs problématiques soient présentes par domaine (par exemple, les actes essentiels de la vie entrainent la rédaction de problématiques différentes pour ce qui est de la toilette et du repas).

Lorsque la problématique n'est gérée que par un seul professionnel, la façon précise dont ce professionnel oriente son intervention doit être lisible, le gestionnaire de cas s'assure de la cohérence de cette intervention avec les autres interventions réalisées dans l'ensemble des problématiques (par exemple si la personne est en ré-autonomisation sur la gestion du budget il paraitrait cohérent que l'on envisage qu'elle soit également en ré-autonomisation sur la gestion de ces médicaments).

Comme à chaque problématique ne correspond qu'un seul numéro, il peut être parfois nécessaire de scinder une problématique en plusieurs sous-problématiques en fonction des services qui y répondent.

Par exemple si la problématique concerne la toilette et qu'il y a besoin qu'une personne de l'entourage soit présente pour permettre l'initiation de la toilette (même si elle n'y participe pas).

La première problématique pourrait être « assurer une présence rassurante lors de la toilette » (ce service pourrait être assuré par le conjoint 5j/semaine et en raison de son absence régulière par une fille les 2 autres jours).

La deuxième problématique pourrait être « faire la toilette complète de la personne après l'avoir rassurée en présence d'un proche »
(ce service pourrait lui-même ne pas être assuré tous les jours par le même service mais par exemple par un SSIAD 6j/7 et par une autre personne le septième jour).

Il est nécessaire lorsque plusieurs professionnels interviennent sur une problématique donnée que l'orientation des interventions permette de rendre compte de la coordination de ces interventions et non juste de leur coexistence.

Ainsi par exemple si un professionnel intervient sur la mobilité d'une personne en rééducation mais que les autres compensent totalement la limitation de mobilité, le PSI ne devrait pas seulement « enregistrer » cet état de fait mais tenter de mettre en cohérence l'ensemble des partenaires sur la dimension de mobilité. Dans ce cas, la première action sera donc de « déterminer en concertation la stratégie à mettre en œuvre pour la mobilité ». La deuxième serait peut-être que tout le monde travaille à « améliorer la limitation de mobilité ».

Il est important que le PSI tout en étant précis ne soit pas « prescriptif » de l'action du professionnel qui reste libre de sa planification disciplinaire.

Ainsi il ne devrait pas y avoir d'objectif quantifié dans le PSI (c'est plutôt de nature disciplinaire) mais une orientation.
Par exemple pour reprendre la limitation de mobilité on ne devrait pas trouver « rééduquer la personne pour qu'elle soit capable dans 4 semaines de marcher 50m sans aide » mais plutôt « améliorer la mobilité ». Seule cette deuxième formulation est en fait accessible à des actions de coordination car tous les services (y compris non professionnels) peuvent y être associés. La première formulation aurait d'avantage sa place dans le plan d'intervention du kinésithérapeute.

De nombreux verbes ont plusieurs sens et le gestionnaire de cas devra y faire très attention. La liste ci dessous essaye de déterminer un sens à certains des verbes couramment utilisés. Si le sens est différent, il est possible qu'un autre verbe soit préférable.

- Evaluer → insuffisance identifiée ou point à éclaircir. Action que l'on fait soi-même (le gestionnaire de cas) ou que l'on doit actionner (par ex. centre mémoire).
- Améliorer → rendre meilleure, optimiser la performance dans cette dimension.
- Surveiller → observer avec attention, contrôler, vérifier, être attentif à ce que l'on fait, examiner.
- Maintenir → préserver la capacité de la personne dans cette dimension
- Compenser → faire à la place de la personne.
- Appliquer → mettre en pratique, exécuter une injonction
- Traiter → soigner, soumettre à traitement médical.
- Sensibiliser → faire réagir, attirer l'attention, expliquer à la personne afin de provoquer un changement.
- Ré-entrainer → rééducation.
- Appliquer → mettre en pratique, exécuter.
- Prévenir → anticiper une situation à risque pour réduire ce risque.

De même il importe d'être précis dans la rédaction sans oublier de rédiger cela sous l'angle de la personne et non du professionnel

- ainsi le besoin est celui de « compenser l'incapacité partielle à la toilette » dans l'exemple ci-dessus et non « appeler le SSIAD pour l'incapacité à la toilette ».
- de même le libellé doit être suffisamment exact « compenser l'incapacité financière d'achat d'un nouveau frigo » (le problème est sur l'incapacité financière) plutôt que « prévoir l'achat d'un frigo » (on ne sait pas quel est le problème avec l'achat du frigo) ou encore « permettre la conservation des aliments » (on ne sait même plus qu'il y a problème de frigo)…

Il est suggéré d'utiliser l'infinitif plutôt qu'au participe passé car il s'agit de PLANIFIER les interventions donc de les mettre en perspective du présent et du futur. Ainsi, si une intervention compense actuellement un besoin, le verbe reste « compenser » car ce qui est attendu c'est que l'intervention continue à compenser ce besoin (l'alternative « compensé » suggère qu'actuellement c'est fait mais ne permet pas de mettre en perspectives le futur).

4/ Bloc « services en place / apport des proches aidants ». (cf, PSI joint en exemple)

Les numéros à gauche correspondent aux problématiques sur lesquelles le service en question (ou le proche aidant) intervient. Ainsi un service peut répondre à plusieurs besoins mais aussi plusieurs services peuvent répondre au même besoin, ce qui entraine la nécessité de la coordination.

Dans la colonne « type de service/nom » il faut identifier le type de service avant de nommer la personne ou le référent.

Par exemple :

SAAD/ aide dom (Mr Campion)
SSIAD : ADMR
IDE: Mr Pansement
Médecin Gériatre : Dr V
Neveu : Mr Présent

Voisin : Mr Jamel
Etc

Dans la colonne contact seule la façon la plus usuelle de contacter la personne est indiquée (soit le mail, soit le téléphone, etc…) S'il en existe d'autres, elles doivent être colligées ailleurs dans le dossier.

Dans la colonne « jours/horaires et fréquence de passage », il est utile de coder les informations
Lundi, mardi, mercr, jeudi, vend, sam, dim.

5/7 lundi au vendredi
6/7 lundi au samedi
7/7 pour 7j/7

Avec les horaires en 24h ou matin/midi/après-midi/soir/nuit

Pour les fréquences on note /15j, /1mois ; /6 mois etc…

Soit par exemple :
Lundi/Mardi/Vend 8h-15h (l'intervenant passe le lundi, mardi et vendredi de 8h à 15h)
Lundi/Vend 8h-10h/Merc 14h-15h (l'intervenant passe le lundi et le vendredi de 8h à 10h et le mercredi de 14h à 15h)
Lundi-Vend matin-midi-soir/Merc matin (l'intervenant passe du lundi au vendredi, le matin, midi et soir sauf le mercredi le matin)
7/7 matin (l'intervenant passe tous les jours le matin).

Dans le bloc « service ponctuel », la fréquence est remplacée par la date ou la date de début et la date de fin
Attention un service est ponctuel lorsqu'il n'est pas prévu qu'il se répète mais si la personne va en CMRR tous les 6 mois alors il a un service au long cours.

5/ Bloc « besoins non comblés »
Les numéros à gauche correspondent aux problématiques sur lesquelles il reste un écart pour combler le besoin. Il est tout à fait possible qu'une problématique soit partiellement comblée en « services en place » et ait sa place en « besoins non comblés » car il reste quelque chose à améliorer.

Plusieurs problématiques peuvent être concernées par une même réponse avec un même écart.
Par exemple
« Appliquer la recommandation de stimulation cognitive »
« Prévenir l'épuisement de l'aidant »
Ces deux besoins pourraient tous deux être comblés par la réponse accueil de jour et si tant est que la seule cause de l'écart est la mise en liste d'attente il n'y aura qu'une seule ligne. Si par contre le malade refuse et son aidant accepterait (mais que la personne est en liste d'attente), la cause de l'écart est différente et il y aura deux lignes.

La liste suivante de causes de l’écart devrait être utilisée avec ces définitions.

| **Item** | **Définition - commentaires** |
|---|---|
| La personne refuse | La personne âgée refuse l’action proposée. |
| L’entourage refuse | L’entourage de la personne refuse l’action proposée. |
| Délai de réflexion de la personne | Quand la personne est indécise, souhaite un délai de réflexion avant de prendre une décision (en faire part à son entourage, demander conseils, se renseigner auprès des services proposés...) |
| Délai de réflexion de l’entourage | Quand l’entourage est indécis, souhaite un délai de réflexion avant de prendre une décision (en faire part aux autres membres, demander conseils, se renseigner auprès des services proposés...) |
| Evaluation à compléter | Une évaluation complémentaire est nécessaire avant de déterminer l’action à entreprendre, elle peut être effectuée par le GC ou en demandant le concours d’autres professionnels. |
| Concertation professionnelle | La planification d’une action nécessite une prise de décision collégiale des partenaires. Ou l’action ne peut être envisagée car il y a divergence de points de vue entre les différents intervenants. |
| Le service refuse | Refus du partenaire de répondre à la demande pour quelque raison que ce soit. |
| Action à entreprendre | Des démarches sont à entreprendre pour résoudre le besoin. |
| Attente suite à démarche | Les démarches sont faites mais n’ont pas encore produit leurs effets sur la résolution du besoin. |
| Liste d'attente | La personne est inscrite à un service, mais ne pourra en bénéficier que si une place se libère, ou à partir d'une certaine date (la noter). |
| Service non disponible | Service non disponible sur le territoire. Fait état d’un manque (service, dispositif…) sur le territoire. |
| Hors critères d’attribution | La personne n’entre pas dans les critères d’attribution et ne peut bénéficier d’un service, d’une allocation, d’un dispositif… |
| Limites financières | L’action ne peut être entreprise en raison d’un manque de ressource de la personne âgée. |

La colonne « actions à entreprendre » décrit ce que le GC imagine faire pour soit répondre au besoin directement (en contournant la cause de l’écart) soit agir sur la cause de l’écart.

Par exemple « compenser l’aide à la toilette 2 fois par semaine », cause de l’écart : « actions à entreprendre », actions à entreprendre : «contacter le SSIAD », délai : ND.
Ou « compenser l’aide à la toilette 2 fois par semaine », cause de l’écart : « délai d’attente », actions à entreprendre : « dans l’attente de la mise en place du SSIAD, la fille compensera », délai : « 3 semaines. »

L’information « délai » est facultative et laissée au jugement du GC. En effet, certaines causes d’écart ne se jugent pas en termes de délai (refus de la personne par exemple) et d’autres qui

l’ont, par exemple une cause d’écart en « liste d’attente » et le service évalue une attente de 3 semaines.